

## Schadenanzeige Stornokosten

Schadennummer:

### 1. Wer hat die Reise angemeldet?

Name und Vorname	
Straße	
Postleitzahl/Ort	
Polizzenummer	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welches Institut? <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> American Express

### 2. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter			
Reisebüro/Buchungsstelle			
Reisepreis	Höhe der Stornospesen ohne Gebühren / % vom Reisepreis		
Buchung am	Stornierung am	Reisebeginn	Reiseende
Reiseabbruch am		Reiseziel	

### 3. Reiseteilnehmer, deren Reise storniert wurde

Teilnehmer 1	Geburtsdatum
Teilnehmer 2	Geburtsdatum
Teilnehmer 3	Geburtsdatum
Teilnehmer 4	Geburtsdatum
Teilnehmer 5	Geburtsdatum

### 4. Grund für das Storno

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 4.1.) <input type="checkbox"/> Unfall (siehe 4.2.) <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Schwangerschaft
Sonstiger Grund
Welche Person ist davon betroffen?
Ist diese Person mit einem der Reiseteilnehmer verwandt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie?

Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt bei: Eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

#### 4.1. Stornogrund: Krankheit

Bezeichnung der Krankheit	
Wann trat die Krankheit auf? (dd/mm/yy)	Wann wurde der Arzt aufgesucht? (dd/mm/yy)
Ambulante Behandlung von/bis	Stationäre Behandlung von/bis
Arbeitsunfähigkeit von/bis	
Wann wurde der Arzt zum erstem Mal nach der Durchführbarkeit der Reise befragt? (dd/mm/yy)	
Wie war seine Beurteilung?	
Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ambulante Behandlung von/bis	Stationäre Behandlung von/bis

#### 4.2. Stornogrund: Unfall

Unfalltag (dd/mm/yy)	Unfallort
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Anschrift des Schädigers	
Haftpflichtversicherung des Schädigers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)	

#### 5. Erklärung

***Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.  
Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.***

Ort, Datum <i>Place, date</i>	Unterschrift <i>Signature</i>
----------------------------------	----------------------------------

#### Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an

Kontonummer	Bankleitzahl/Institut
Kontoinhaber	

#### Zur Schadenbearbeitung benötigen wir

Versicherungsnachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Buchungsbestätigung zur Reise	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Storno-Rechnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachweis über den Eintritt des Versicherungsfalles (ärztliches Attest, Sterbeurkunde, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sehr geehre/r Versicherte/r!

Bitte tragen Sie auf diesem Formular Ihre Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Geben Sie sodann diesen Vordruck bitte an den behandelnden Arzt weiter.

### Schweigepflichtentbindung

*Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruches mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits früher (längstens ein Jahr vor Eintritt des Schadenfalles, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z.B. psychischen oder epileptischen Krankheiten, zwei Jahre) von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.*

### Vom Versicherten auszufüllen

Buchung am	Reisebeginn
Reiseziel	
Ort, Datum	Unterschrift ((bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei**  
Mondial Assistance International AG  
Niederlassung für Österreich  
Pottendorfer Straße 25-27, A-1120 Wien

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor!

Wir bitten Sie, nachstehende Fragen im Sinne der Erklärung des versicherten Kunden zu beantworten, sodass wir die Leistungspflicht aus der Storno-Versicherung beurteilen können.

### A. Krankheit oder Unfall des Versicherten

Diagnose	
Wann wurde die Diagnose erstellt? (dd/mm/yy)	
Bestanden zu diesem Zeitpunkt Bedenken bezüglich des Reiseantritts?	
Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit?	
Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ab wann? (dd/mm/yy)
Stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von/bis (dd/mm/yy)

Vom Arzt auszufüllen!

Name des einweisenden Arztes	
Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
Bestanden zur Zeit der Reisebuchung* Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie danach gefragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Wann?
Bemerkung	
Ab welchem Zeitpunkt war nach allgemeiner Lebenserfahrung zu erwarten, dass die gebuchte Reise gesundheitlich nicht möglich oder nicht mehr zumutbar sein würde? (bitte genaues Datum)	

### B. Krankheit nicht mitreisender Angehöriger

Diagnose
Wann trat die Krankheit auf?
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten/Patientin angezeigt war?
Haben Sie schon früher an dieser Krankheit gelitten? Wenn ja, wann?
Welcher Arzt behandelte Sie damals?

### C. Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Ort, Datum	Stempel des Arztes
Unterschrift	